Rok XLIX. Kraków, dnia 20. sierpnia 1910. Nr 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Przetwór Ehrlicha »606« przeciw schorzeniom kiłowym

(Przyczynek do znaczenia jego w lecznictwie okulistycznem).

Skreślił

Prof. Bol. Wicherkiewicz.

Obok rtęci i jodu miał arszenik należeć do środków swoistych przeciw kile. Polecany atoksyl zawiódł pokładane nadzieje z powodu występującego rzekomo po nim zaniku nerwu wzrokowego. Alt nie dał jednak za wygraną i zajmował się chemicznem leczeniem przymiotu, stosując inny przetwór arszeniku, a mianowicie arsenofenylglicynę i to wstrzykując 1·0 gr. odrazu albo w dawkach rozdzielonych, przyczem powstawała znaczna leukocytoza i zmniejszenie się lecytyny we krwi. Wyniki tego leczenia miały być zachęcające, gdy Ehrlich i Hata ogłaszają zadziwiające skutki leczenia duru powrotnego i kiły doświadczalnej innym jeszcze przetworem, t. j. dioksyamidoarsenobenzolem. Alt podjął doświadczenia i tym środkiem, a już dawka 0·1 wywoływała wybitną leukocytozę i osłabienie odczynu Wassermanna. Między innemi podaje Alt, iż wyleczył chorego z ciężkiej żółtaczki, wywołanej kilakiem wątroby, w bardzo krótkim czasie, a równie szybko wiąd rdzenia u innego chorego. Schreiber leczył 150 chorych na kiłę ze świeżymi objawami z dobrym wynikiem, stosując 0·3 do 0·4. Wechselmann w szpitalu Virchowa w Berlinie przekonał się znowu, że środek działa swoiście na objawy drugo- i trzeciorzędne.

Prof. Zeissl w Wiedniu stosował środek »606« od 7 lipca b. r. w 22 przypadkach u chorych na kiłę; nie widział żadnych ujemnych skutków, ale dodaje (Wiener med. Wochs. Nr 33. p. 1847): »Wenn die geringste pathologische Erscheinung am Nervus opticus zu verzeichnen ist, muss die Injection unterbleiben«. O pewnym chorym na wiąd, którego rzekomo leczono w Krakowie wcieraniami rtęci, a potem zastosowano 7 wstrzyknięć atoksylu, podaje Zeissl, że objawy bezładu wprawdzie zmniejszyły się, ale nastąpiły początki zaniku nerwu wzrokowego i dlatego: »wurde natürlich die Ehrlichsche Injection verweigert«. Zeissl, który chorych tak leczonych trzyma w łóżku, jest przekonany, że środek ten posiada ujemne strony i że nie zabezpiecza przed nawrotami. Ujemnych stron będzie jednak, zdaniem Zeissla, można uniknąć, jeżeli tylko przed wstrzykiwaniami zbada się dokładnie dno oka.

A zatem oko winno być tem kryteryum, czy w danym razie można stosować środek nowy, tyle obiecujący, czy też nie dać choremu z niego korzystać.

Po pierwszych już doświadczeniach i ogłoszeniu ich wyników, tak zachęcających, zainteresował się cały świat lekarski tem odkryciem i kto mógł, starał się we własnym warsztacie stwierdzić to, co inni zachwalali, względnie starał się lepiej poznać dodatnie i ujemne skutki nowego środka. A nie obeszło się oczywiście bez zaznaczenia i skutków ujemnych, bo ganiono nietylko wielką bolesność, z jaką wstrzykiwania środka są połączone, ale ganiono i niebezpieczeństwa i rozmaite niepożądane następstwa, mogące powstać z rozmaitych powodów. I tak Prof. Grosz z Pesztu obawia się nawet tak minimalnych ilości alkoholu metylowego, jakie rzekomo według Schreibera potrzebne są, by przygotować proszek dioksyamidoarsenobenzolu do wstrzyknięcia, a zatem tylko 0·3 do 0·6, gdyż alkohol metylowy wedle doświadczenia tego autora, zrobionego na Węgrzech, sprowadzał zaniewidzenie, ba nawet śmierć już w tak małych dawkach. Grosz sądzi więc, że alkohol metylowy dałby się zastąpić wyskokiem zwyczajnym czyli alkoholem etylowym (Münch. med. Wochs. 1910 Nr 29). Jak się później przekonamy, przyrządzanie nowsze obywa się zupełnie bez tej niebezpiecznej przymieszki.

Dzięki uprzejmości Prof. Ehrlicha otrzymałem jego przetwór do doświadczeń w kiłowych chorobach ocznych. Tu może więcej, aniżeli w innych działach patologii ludzkiej, można doskonale nieraz śledzić skuteczność zastosowanych środków. Niemało więc obiecywałem sobie z doświadczeń na tem polu i dla mych chorych i dla wyjaśnienia niejednej sprzeczności. Niestety przetwór doszedł mnie dopiero wtedy, kiedy z powodu feryi uniwersyteckich zamykają się kliniki, a tem samem ruch chorych ustaje, albo zmniejsza się znacznie. To też na razie mogłem tylko w kilku przypadkach doświadczać skuteczności leczniczej nowego środka przeciwkiłowego.

Lubo przeciwny jestem ogłaszaniu rzeczy, nie wypróbowanych dostatecznie, to jednak wyjątkowo ośmielam się dziś już wystąpić z wynikiem dotychczasowych nielicznych prób własnych. Zasługują one tem więcej na uwagę, o ile dotyczące przypadki uchodzić musiały wedle zapatrywań, opartych na długoletnich spostrzeżeniach, a także wedle przyjętych ogólnie zasad, za nieuleczalne. Gdy mimo to w dwóch niewątpliwe szybkie, acz małe, otrzymałem wyniki dodatnie, a w trzecim, wprost beznadziejnym, jednak choć maleńka nastąpiła zmiana, nabrałem przekonania, że

środek nowy, polecony z poważnej strony, zapowiada, że nie zawiedzie nadziei, byle ona nie była zbyt wygórowana.

Oczywiście ostatniego słowa wypowiedzieć nie można ani dziś, ani jutro, bo nic jeszcze nie wiemy pewnego ani co do sposobu najlepszego stosowania, ani co do niebezpieczeństw, ani wreszcie co do nawrotów możliwych, a dlatego właśnie sądzę, że każda cegiełka, im wcześniej podana do tego nowego gmachu leczniczego, tem szybciej i lepiej przyczyni się do ustalenia go na silnych podstawach. Nie prędzej zaś będzie można środek ten, nieobojętny w skutkach, a trudny nieco do zastosowania, oddać do ogólnego użytku w praktyce lekarskiej, dopóki właśnie ściśle spostrzeżenia kliniczne nie wytkną granic jego działania, nie nauczą unikać niebezpieczeństw, z tym środkiem połączonych już to pośrednio, już to bezpośrednio.

Prof. Ehrlich w liście swym podkreśla, iż nowy środek arszenikowy powinien być wyłącznie zwrócony przeciw krętkom (spirochaete pallida), a leczeniu ma się poddawać osoby silne, bez zmian ważniejszych narządów. Natomiast trzeba wyłączyć od tego leczenia osoby, które obok kiły dotknięte są chorobami wątroby, nerek, serca, naczyń, jakoteż i takie, u których są zmiany w płucach, dalej osoby bardzo wiekowe, nałogowych pijaków i dzieci w pierwszych latach życia. A wreszcie wspomina Ehrlich jeszcze, iż jak przy atoksylu, tak i przy tym środku, trzeba poprzednio stwierdzić dobry stan oczu (Intaktheit der Augen).

Z ostatniego zdania wynikałoby, że dla okulistów środek ten pozostanie niedostępnym. Zdaje się wszakże, iż list, który otrzymałem, był kopią dawniejszych listów, stereotypowo pisywanych do rozmaitych klinicystów, którym piszący środka swego użyczał, bo już w dwa dni później pisze mi Ehrlich osobiście: »Ich möchte besonders vorschlagen es bei gummöser Neuritis anzuwenden, da gerade bei dieser Affection schon sehr gute Heilerfolge erzielt worden sind«.

Równocześnie przesłał mi Ehrlich nowy przepis stosowania środka, podany mu listownie przez Wechselmanna z Berlina. Wiadomo, że wedle dawniejszego sposobu przygotowania środka wstrzykiwania miały być bardzo bolesne, gdy sposób zalecany w owym liście Wechselmanna uważany jest za bezbolesny.

Ten nowy przepis poleca takie przygotowania środka:

Żółty proszek, zawarty w dostatecznej do jednorazowego zastosowania ilości, t. j. 0·3 do 0·5, zatopiony we fiolce, wsypuje się po odłamaniu końca fiolki do małego moździerza porcelanowego i zaciera z kilku kroplami ługu sodowego. Następnie po dodaniu kilku kropel zgęszczonego kwasu octowego (octu krystalicznego) wydziela się żółty środek w postaci mułu drobnoziarnistego, a strącamy go po dodaniu wody przekroplonej. Następnie dodajemy naprzemian kroplami to 1% kwas octowy, to $^1/_{10}$% normalny ług sodowy, dopóki nie nastąpi zupełne zobojętnienie płynu, badanego papierem lakmusowym. Po uskutecznieniu tego otrzymujemy mniej więcej 8—10 cm żółtego mazistego płynu, który wstrzykujemy albo w całości w jedno miejsce podskórnie pomiędzy łopatką a kręgosłupem, albo w kilku miejscach.

Przed wstrzyknięciem badamy mocz co do białka, a także ciepłotę ciała. Oczywiście badanie krwi sposobem Wassermanna jest bardzo pożądane, ale w naszych przypadkach z powodu zamknięcia kliniki i krótkości czasu, jaki nam pozostawał do badań, nie dało się przeprowadzić. Odczyn Wassermanna, wedle Alta i Schreibera w 90% przypadków wypada ujemnie, po zastosowaniu środka »606« w wybitnej kile pierwszo- drugo- i trzeciorzędnej.

Zazwyczaj mają krętki ginąć już w 24 godzin po wstrzyknięciu.

Jak wyżej zaznaczyłem, do rąk mych doszedł środek prawie przed rozpoczęciem feryi letnich. Przypadek zrządził jednak, iż miałem w klinice uniwersyteckiej, względnie w mem sanatoryum prywatnem dla chorych ocznych właśnie przypadki takie, które uważane być musiały za stracone dla jakiegokolwiek leczenia. Sądziłem więc, że jeżeli ten środek nowy jest tak potężnie skutecznym, za jaki go z wielu stron ogłoszono, to może i w tych przypadkach coś jeszcze zdziałać zdoła, a w każdym razie, nie mając nic do stracenia, będę mógł śledzić wpływ środka na ustrój wogóle i przygotować się w ten sposób do stosowania go w przypadkach typowych. Już i te przypadki budzą jednak dość zainteresowania i mogą, zdaniem mojem, przyczynić się do wyświetlenia pewnych nasuwających się wątpliwości, a równocześnie świadczyć o tem, że wskazane stosowanie środka wedle powyższego przepisu da się łatwo i prawie bez bolu przeprowadzić, o czem niech świadczy historya odpowiednich przypadków.

Pierwszy przypadek dotyczył chorego z wiądem rdzenia, połączonym z zanikiem nerwów wzrokowych. Chorego tego dlatego odważyłem się poddać temu leczeniu, ponieważ zmiany nerwu wzrokowego są wedle ogólnie przyjętego zdania przeciwwskazaniem do stosowania tego środka, w danym jednak razie wpływu ujemnego na nerw wzrokowy chyba już nie było powodu się obawiać wobec stwierdzonego obrazu wziernikowego, a także zupełnej ślepoty.

Pan K., urzędnik cłowy z Rosyi, 34 l., zasięgał mej rady w kwietniu z r. Zakażenie kiłowe przed 9 laty, leczone wcieraniami. Wzrok pogarsza się od półtora roku. Ponowne leczenie wcieraniami rtęci, a także jodem.

Badając stwierdziłem nierówne, dość szerokie źrenice. Objaw źreniczny Argyll-Robertsona wybitny.

W. Pr. O. = ruchy ręki, LO. $^6/_{12}$ Mp. 2.25 Sn. 0.5, pole widzenia lewego oka ograniczone od skroni, dołu i góry od 5—20 stopni. Odruchy kolanowe zniesione. Objawy Romberga i Westphala występują wybitnie. Wziernik wykazuje zwykły obraz nerwów wzrokowych, spotykany w wiądzie.

Leczenie: Wcieranie spirytusu jothionowego w krzyże i wstrzykiwanie strychniny podspojówkowo.

Gdy żadnego skutku stałego podmiotowo i przedmiotowo stwierdzić nie było można, a nawet pole widzenia lewego oka więcej jeszcze się ograniczyło, poleciłem w klinice robić wstrzykiwania arsykodylu podskórnie, a podspojówkowo wstrzykiwania 5% roczczynu soli. Do 13. maja dostał chory 12 wstrzyknięć arsykodylu Leprince i tyleż soli. Wynik był ten, iż pole widzenia się rozszerzyło o 10 stopni, wzrok naośny pozostał atoli niezmieniony, jak i inne objawy.

21. lipca tegoż roku badanie wykazuje: Pr. O. = 0 LO. = $^{10}/_{36}$ Sn. 0.8, ale pole widzenia wedle badania klinicznego mało co ograniczone. Przepisałem: bromlecytynę, wcierania 10% spirytusu jothionowego w krzyże.

Chory zjawia się 9. V. b. r. podając, iż z polecenia jednego z neurologów zażywał wielkie dawki jodu, co go »struło«, a następnie, nie zastawszy mnie, był w Berlinie,

gdzie ex consilio okulisty i neurologa miał brać kąpiele ozetowe. Wygląda mizernie, źrenice powiększyły się, a chory rozpoznaje już tylko lewem okiem ekscentrycznie palce na 2 metry, a po wstrzyknięciu strychniny na 4 metry. Zresztą pole widzenia z trudnością daje się oznaczyć, perymetr wykazuje małą pozaśrodkową omijającą punkt wzierny, nieco podłużną, w górnej części położoną wysepkę w schemacie pola widzenia. Wobec tak typowo postępującego zaniku nerwów wzrokowych (prawy nerw odznaczał się już zagłębieniem zanikowem) rokowanie oczywiście musiało przedstawiać się jaknajgorszem, jeżeli nie było niem z samego początku. Trudno atoli choremu, który ciągle oddawał się złudzeniom, wyznać prawdę, którą tylko matce i towarzyszącej siostrze bez zastrzeżeń objawiłem. Przy tej sposobności dodam, że matkę leczyłem na oderwanie siatkówki jednego oka, a operowałem zaćmę powikłaną z dobrym skutkiem na drugiem oku, brata zaś starszego operowałem na zaćmę warstwową obu ócz.

Mimo, iż choremu poleciłem tylko odpowiednie zachowanie się higieniczne w domu, leczenie kliniczne uznawszy za bezskuteczne, chory zjawia się dla poddania się leczeniu 20. lipca b. r., przyczem stwierdzam, iż lewe oko już także nie rozpoznaje palców, a ma tylko słabe poczucie światła i to z wadliwą projekcyą. Zaproponowałem więc zastosowanie nowego środka, do czego chory z chęcią stawił się 28. lipca. Wstrzyknąłem w sposób powyżej opisany 0·3 przetworu Ehrlicha. Chory zniósł to dobrze, na ból prawie nie narzekał, ciepłota nie podniosła się ani razu, a badając wzrok w d. 29. lipca stwierdziłem, iż chory i na prawem oku odzyskał znowu poczucie światła, — lewe zaś oko zyskało dobre poczucie światła z wyjątkiem strony nosa i mogło rozpoznawać ruchy ręki na kilka metrów. Odruchy kolanowe, lubo słabe, zjawiły się także.

Z powodu wyjazdu mego nie mogłem chorego dalej obserwować i puściłem do domu.

(Dokończenie nastąpi).

Spostrzeżenia z praktyki.

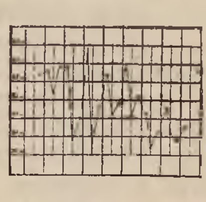
Dwa przypadki rumienia guzowatego

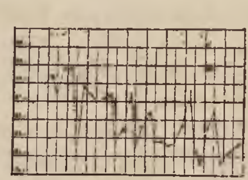
podał

Dr Adam Huszcza.

Pomiędzy przypadkami rumienia guzowatego (erythema nodosum), które zdarzyło mi się ubiegłej zimy spostrzegać, miałem sposobność poznać szczegółowo kliniczny przebieg rumienia u dwu chorych dziewczynek z blizkiej mi rodziny, gdzie od pierwszego dnia choroby starannie mierzono ciepłotę i zapisywano wszelkie objawy chorobowe. Uważam za właściwe podać te dwa przypadki do wiadomości kolegów, tak ze względu na trudności rozpoznawcze w pierwszych dniach choroby, mogące się nastręczać każdemu lekarzowi, jakoteż z chęci zwrócenia uwagi na dokładny obraz kliniczny tego cierpienia, spostrzeganego niezbyt często i — zazwyczaj — tylko dorywczo, nie zaś w stopniowem narastaniu i ustępowaniu jego przejawów. Oto historye chorób:

1. J. lat $5^1/_2$, zaczęła niedomagać 25. XI. 1909. Skarży się na ból w piersiach, kaprysi; wieczorem ciepłota 38,2. Następnych dni ciepłota waha się, jak to widać z załączonej tablicy, ale przedmiotowo nie stwierdza się żadnych zmian ani na skórze i błonach śluzowych, ani w narządach wewnętrznych, podmiotowo zaś dziecko czuje się wcale nie źle i nie wskazuje na jakieś określone siedlisko bolów, czy niedomagania. Dopiero po 4 dniach choroby, w nocy z 29. XI. na 30. XI., zauważono pojawienie się czerwonych plamek na goleniach. 30. XI. znalazłem na grzbietowej powierzchni prawej goleni 3 duże czerwone plamy i nad kolanem — jedną; każda z nich wielkości monety 20-kopiejkowej; pod plamami wyczuwa się twarde nacieczenia, idące w głąb i tworzące płaskie wzniesienia ponad poziom otaczającej prawidłowej skóry. Na lewej goleni 4 plamy tego samego typu, ale mniejszych rozmiarów. Znaczniejszej bolesności tych nacieków nie zauważyłem. W ciągu następnych czterech dni wysypka plamisto-guzowata utrzymała się, zmieniając bardzo nieznacznie barwę i stając się coraz bardziej płaską, a 4. XII. znikła, pozostawiając po sobie lekkie żółtawe plamki.





2. H., 7-letnia siostra poprzedniej, zachorowała we 2 dni później, 27. XI., skarżąc się odrazu na silny ból głowy i ból w piersiach. Przez pierwsze trzy dni nie było żadnych zmian przedmiotowych, oprócz podniesionej ciepłoty, jak to widać z tablicy II; podmiotowo skargi na ból głowy, ból szyi, ból w piersiach i t. p. Na 4-ty dzień (1. XII.) zrana ukazała się wysypka plamisto-guzowa na wyprostnych powierzchniach obu goleni (po 15—18 małych czerwono zabarwionych nacieczeń), a także po czerwonym guzku poniżej obu łokci na wyprostnych powierzchniach przedramion. Poszczególne guzki są wielkości ziarn grochu, sięgają w głąb skóry i tkanki podskórnej, przy obmacywaniu są bolesne. W dalszym przebiegu guzki te nie ustępowały tak szybko, jak w pierwszym przypadku. 5. XII. ogólna ich ilość mniejsza, natomiast pozostałe guzki bardziej wystające i mocno czerwone; największy naciek — nad prawem kolanem — dosięga wielkości monety 10-kopiejkowej. 6. XII. na prawej goleni tylko 3 guzki, już znacznie bledsze, na lewej — 5; nad prawem kolanem — 2 świeże niewielkie różowe plamki z naciekiem. Zwolna guzki coraz bardziej spłaszczają się i zmniejszają, ale jeszcze 10. XII. (2 tygodnie od początku choroby) widoczne są na obu goleniach i za uciskiem bolesne. Następnie w ciągu kilku dni znikają, pozostawiając po sobie żółtawe zabarwienia skóry.

W obu przypadkach należy jeszcze zaznaczyć ukazanie się suchego wyprysku pod nosem i naokoło ust w końcu pierwszego tygodnia choroby. Chore nie uskarżały się podczas choroby na bóle w kończynach; dopiero kiedy wstały z łóżek i zaczęły chodzić, skarżyły się zrazu, że bolą je nogi. Chore przetrzymano w łóżkach — pierwszą przez 10 dni, drugą przez 12, i podawano w pierwszych dniach aspirynę.

Opisując szczegółowiej przebieg choroby, pragnąłem uwydatnić dwie cechy, na które chciałbym zwrócić uwagę kolegów, a mianowicie: na kilkodniowy okres gorączkowy, poprzedzający ukazanie się wykwitów skórnych i na szybkie ich pojawienie się, tudzież bardzo powolne ustępowanie — przy braku silniejszych dolegliwości w kończynach, co zresztą w danych przypadkach może być objaśnione słabem naogół natężeniem objawów chorobowych.

Pierwsza z wymienionych cech rumienia guzowatego — jego okres bezwysypkowy (zwiastunowy) nie jest wyraźnie zaznaczona w najbardziej rozpowszechnionych podręcznikach chorób skórnych, jak: Lessera, Josepha, Jacoba; znajomość jej jest jednak niezmiernie ważna, a o szczególe tym należy zawsze pamiętać w pierwszych dniach choroby gorączkowej ostrej, kiedy niema jeszcze żadnej wysypki, a przedmiotowo i podmiotowo nie stwierdza się żadnych zmian, którebу mogły dać podstawę do określenia siedziby i rodzaju rozpoczynającej się choroby. Dopiero w nowszych opisach rumienia guzowatego zwraca się należytą uwagę

na »okres zwiastunów, trwający 2—4 dni, podczas których stwierdzamy umiarkowaną gorączkę o torze zwalniającym, ogólne niedomaganie i nieraz bóle w stawach. Z chwilą zaś przejawiania się wykwitów ciepłota spada« (E. Hoffman [1]). Jestto dokładny obraz tego, cośmy widzieli w obu naszych przypadkach, gdzie okres zwiastunowy wynosił 3 i 4 dni, i gdzie rozpoczynał się spadek ciepłoty niezwłocznie po ukazaniu się wykwitów. Przebieg więc choroby do chwili ukazania się wysypki jest najbardziej zbliżony do grypy (influenza). Dla rozpoznania różniczkowego pomiędzy temi dwiema chorobami nie mamy wprawdzie obecnie żadnej pewnej wskazówki, w każdym jednak przypadku takich nieokreślonych objawów z nietypową gorączką powinniśmy mieć na względzie — obok grypy — także rumień guzowaty.

Sama wysypka przy rumieniu guzowatym wygląda i sadowi się tak znamiennie, że nie sprawia żadnych trudności rozpoznawczych. Guzki wielkości soczewicy, grochu, do wielkości jaja kurzego, półkuliste, różowo-czerwonej barwy, sadowią się w skórze i tkance podskórnej, na wyprostnej powierzchni goleni, a czasem i przedramion, w ilości kilku do 20 i więcej i są zazwyczaj bolesne. W naszych przypadkach, na ogół lekkich, guzki były niewielkie i mało bolesne, ale ilość ich w drugim przypadku dosięgała 18 na jednej goleni.

Czas trwania wysypki określają autorowie na 10—14 dni (Hoffmann) do 3—4 tygodni (E. Lesser [2]). U jednej z naszych chorych, pomimo niewielkich nacieków, guzki trwały 10 dni, u drugiej — z górą 2 tygodnie, ustępując bardzo powoli i stopniowo.

Co do przyrody omawianego cierpienia, to większość autorów zalicza je do rzędu chorób zakaźnych o charakterze gośćcowym; niektórzy nawet stawiają rumień guzowaty w ścisłym związku z gośćcem stawowym, opierając się na faktach jednoczesnego gośćcowego zajęcia stawów obok typowych wykwitów rumienia. Są i tacy (jak M. Joseph [3]), co uważają rumień guzowaty za jedną z postaci rumienia wysiękowego wielopostaciowego, inni wreszcie uważali tę chorobę za angioneurozę, dopóki dokładne badania histologiczne nie wykazały, że chodzi tu o sprawę zapalną, sięgającą głęboko w tkankę podskórną, a mającą swe źrodło najprawdopodobniej w zakaźnym zatorze drobnych naczyń krwionośnych (Bohn [4]). Sadowienie się wykwitów na grzbietowych powierzchniach kończyn starają się niektórzy objaśnić budową żył kończyn, które to żyły mają silne warstwy mięsne i bardzo obfite naczynia naczyń, a właściwości te mają je szczególnie usposabiać do zatrzymywania zarazków, wywołujących na miejscu sprawę zapalną.

W ostatnich wreszcie czasach odzywają się coraz częściej głosy na rzecz gruźliczego charakteru rumienia guzowatego. Tak np. Pick [5]), opisując przewlekłe postacie cierpienia, zwanego także »erythema induratum« (Bazin), przyjmuje jedną jej postać u osobników dziedzicznie nie obciążonych, odpowiadającą ostremu rumieniowi guzowatemu, i drugą, spostrzeganą u ludzi, dziedzicznie obciążonych gruźlicą, gdzie wykwity rumienia ulegają owrzodzeniu i kombinują się z gruźliczemi cierpieniami skóry. Dalej Marfan [6] w artykule p. t. »Rumień guzowaty i gruźlica« przypomina zdanie Landouzyego, że rumień guzowaty jest przynajmniej w niektórych przypadkach miejscowym toksycznym przejawem gruźlicy i przytacza 3 przypadki ze swojej praktyki na dowód słuszności tej teoryi. Wszyscy ci trzej chorzy w jakiś czas po przebyciu rumienia guzowatego (od 2 tyg. do 3 mies.) zapadli na gruźlicę rozmaitych narządów. W 6 zaś innych przypadkach rumienia stwierdził tenże autor wyraźny odczyn skórny Pirqueta. Na związek pomiędzy rumieniem guzowatym, a sprawą gruźliczą wskazują też Chauffard i Troisier [7], przytaczając odpowiedni przypadek ze swojej praktyki. Wykryli oni nadto ciekawy fakt, że po dodatnich szczepieniach śródskórnych $^{1}/_{100}$ mgr. tuberkuliny powstają na miejscu wstrzyknięcia często guzki, zupełnie podobne do wykwitów rumienia guzowatego.

Zaznaczając ten nowy zwrot w badaniach nad rumieniem guzowatym, nie mogę jednak znaleść dlań potwierdzenia w znanych mi dotąd przypadkach. W ciągu ubiegłej zimy spostrzegałem 5 przypadków rumienia rozmaitej siły, ale w żadnym z nich nie udało mi się wykryć tła, lub obarczenia gruźliczego i dotychczas (po upływie 3 miesięcy i więcej) dzieci te są zupełnie zdrowe i nie nasuwają żadnych podejrzeń co do rozwijającej się u nich gruźlicy. Przeciwnie, wszystkie te przypadki przemawiają, mojem zdaniem, za zupełnie samoistnem, ostro zakaźnem pochodzeniem rumienia guzowatego. Świadczy o tem nietylko typowy dla ostrej choroby zakaźnej przebieg kliniczny, ale także pojawianie się choroby jednoczesne u kilku członków jednej rodziny i w pewnych porach roku (najczęściej: jesień i zima).

Nie ulega wątpliwości, że w niektórych przypadkach, podanych w piśmiennictwie, mogły istnieć współrzędnie, a niezależnie od siebie — wykwity typowego rumienia guzowatego przy utajonej lub jawnej sprawie gruźliczej u tego samego osobnika; z drugiej znów strony, możliwem jest, że toksyny gruźlicze mogą wywoływać zmiany guzowate w skórze, nader podobne do samoistnego rumienia, ale nie identyczne z nim co do patogenezy.

Piśmiennictwo. 1) E. Hoffmann. O etyologii i patogenezie erythema nod. refer. »Gaz. lek.« 1905, str. 398. — 2) E. Lesser. Lehrbuch der Hautkrankheiten 1894 (w tłom. ros.) — 4) Przytocz. wg. Birch-Hirschfelda. Lehrbuch der patholog. Anatomie 1894. T. II. str, 385. — 5) W. Pick. O przewlekłej postaci erythema nod. Refer. »Gaz. lek.« r. 1905. Nr 16) — 6) A. B. Marfan. Rumień guzowaty i gruźlica. Refer. »Przegląd lek.« r. 1909 str. 586. — 7) Chauffard i Troisier. Doświadczalny rumień guzowaty po śródskórnem wstrzyknięciu tuberkuliny. Ref. »Prakticz. Wracz« 1909, str. 478.

Oceny i sprawozdania.

Dr Teodor Landau: **Mięśniaki wśród ciąży, porodu i połogu** (z XVII tablicami. Urban i Schwarzenberg, Wiedeń — Berlin 1910).

Praca autora opiera się prawie wyłącznie na doświadczeniu własnem, co jest jej wielką zaletą; rozumowania bowiem są znacznie ściślejsze i więcej jednolite, niż w innych pracach klinicznych, opartych na statystyce bardzo obszernej, ale zbieranej z różnych stron. Autor wraz z swym bratem miał sposobność operować we wspólnej klinice w ostatniem pięcioleciu 283 przypadków mięśniaków i opierając się na tem doświadczeniu, rozwiązuje systematycznie zagadnienia kliniczne, przedstawione w tytule pracy.

Pracę swą dzieli autor na siedem rozdziałów, z których w pierwszym zastanawia się nad płodnością przy mięśniakach, w drugim omawia stosunek mięśniaków do ciąży, porodu i połogu, w trzecim przedstawia objawy chorobowe, mogące towarzyszyć ciąży, ulgłej w macicy włókniakowej, w czwartym omawia trudności rozpoznawcze, w piątym leczenie, w szóstym kazuistykę mięśniaków przez siebie operowanych w ostatniem pięcioleciu we własnej klinice.

Zapatrywania T. Landaua, przedstawione w pierwszych pięciu rozdziałach, są bardzo zbliżone na ogół do powszechnie znanych zapatrywań Hofmeiera i mogą być bez zastrzeżeń przyjęte przez każdego ginekologa.

Na czele swej pracy wspomina autor, że nigdy nie skłania go do zabiegu operacyjnego samo stwierdzenie obecności włókniaka w ustroju kobiety, ale zawsze występował czynnie dopiero wtedy, skoro go do tego zmuszały poważne objawy chorobowe.

W 250 przypadkach śledził autor ściśle dane wywiadowe, chcąc dać odpowiedź na pytanie, jaki zachodzi związek między włókniakami, a płodnością kobiet nimi dotknię-

tych. Na tej podstawie dochodzi do wniosku, że włókniaki same przez się wcale nie wyłączają możebności zastąpienia, przeciwnie nawet trzy czwarte z tych kobiet, które musiał operować, poprzednio zastępowały, ciążę donaszały i szczęśliwie odbywały porody. Podobnie kobiety, u których autor wykonał wyłuszczenie odosobnionych włókniaków, nie zastępowały trudniej od kobiet, których miąższ macicy nigdy nie okazywał żadnych zmian chorobowych. Oczywiście musi upaść też na podstawie tych dowodów zdanie, dosyć często powtarzane w piśmiennictwie, jakoby kobiety dotknięte mięśniakami mogły tylko raz zastąpić. Wobec powyższych danych wypowiada L. słuszne zresztą zdanie społeczne, że lekarz, znajdując u kobiety włókniaki, nie ma najmniejszego prawa zabraniać lub odradzać jej zawarcia małżeństwa.

Rozważając w rozdziale drugim swej pracy wpływ włókniaków na ciążę, poród i połóg, dochodzi Landau na podstawie własnego doświadczenia do wniosku, że zdania, najczęściej spotykane w piśmiennictwie o wielkiej szkodliwości włókniaków dla okresu płodzenia kobiety, są w przeważnej części znacznie przesadzone, gdyż największy odsetek kobiet, dotkniętych włókniakami, a zwłaszcza miąższowymi i podotrzewnymi, przechodzi szczęśliwie cały akt płodzenia. Z drugiej strony nie można jednak zaprzeczyć, że w każdym przypadku włókniaków mogą wśród ciąży, porodu i połogu wystąpić powikłania, a do najczęstszych należą: poronienia, będące wynikiem zmian w krążeniu, wadliwe położenie i ułożenie płodu z powodu zmiany kształtu macicy, nieprawidłowe usadowienie się łożyska, nieprawidłowy związek łożyska z podłożem, niedowład macicy wśród porodu, ciąża zewnątrzmaciczna przy niekorzystnem usadowieniu się włókniaka, zakażenia połogowe, tak wskutek zmian rozpadowych samych włókniaków, jakoteż z powodu częstości zabiegów operacyjnych wśród porodu, wreszcie pęknięcia w ciąży lub podczas porodu blizn, pozostałych po wyłuszczeniu odosobnionych włókniaków.

W rozdziale trzecim omawia autor objawy, jakie mogą towarzyszyć ciąży i porodowi przy macicy włókniakowej, przypady zresztą ogólnie znane, a z naciskiem zwraca uwagę na bardzo przykre i bolesne skurcze macicy w ciąży, choć i ten objaw nie jest dla danego schorzenia znamienny. Tak ciąża, jak i poród, u kobiety dotkniętej włókniakami przebiegają najczęściej bez żadnych przypadów chorobowych, co nakazuje lekarzowi w leczeniu uwzględniać nie samą obecność włókniaków macicy ciężarnej, tylko objawy chorobowe, jakie mogą ewentualnie wystąpić.

Wielkie trudności w rozpoznawaniu ciąży, zwłaszcza wczesnej, przy włókniakach macicy omawia L. w rozdziale czwartym, zaznaczając z naciskiem zresztą ogólnie znane zdanie, że bardzo często rozpoznanie bywa niezmiernie trudne, a tylko dłuższe śledzenie i kilkakrotne badanie może dać nam właściwe wskazówki. Niemożebność właściwego rozpoznania wiedzie częstokroć do wadliwego leczenia i tego właśnie każdy lekarz bardzo powinien się wystrzegać.

Na sprawy leczenia włókniaków podczas okresu płodzenia kobiety — o czem czytamy w rozdziale piątym — zapatruje się L. tak, jak większość ginekologów. Nie włókniak jako taki, ani nie jego usadowienie, dają wskazanie do zabiegu operacyjnego, a tylko przypady chorobowe, groźne czy to dla matki, czy też dla płodu.

Zbyt pochopne postępowanie lecznicze, zwłaszcza w przebiegu poronień i porodów przedwczesnych z macicy włókniakowej, przynosi nierzadko kobiecie wielką szkodę; z zabiegami wszelkimi nie należy się spieszyć, bo przebieg przedwczesnego przerwania ciąży przy włókniakach bywa najczęściej samoistny, a ten najmniej przynosi szkody roniącej. Tylko rzeczywiście groźne przypady powinny skłaniać lekarza do czynnego występowania.

Zabiegi operacyjne na macicy włókniakowej ciężarnej muszą być dokonywane niejednokrotnie, a droga i rodzaj zabiegu zależeć muszą od warunków i wskazań poszczególnych przypadków. Autor przemawia gorąco za wyłuszczeniem odosobnionych włókniaków w ciąży, o ile ich obecność grozi rzeczywistem niebezpieczeństwem, a dopiero gdy ten zabieg jest niemożliwy lub niewystarczający, należy macicę wyjąć na właściwej dla danego przypadku drodze lub odciąć ją w części nadpochwowej.

Niewłaściwem postępowaniem jest, zdaniem autora, wykonanie cięcia cesarskiego i pozostawienie macicy włókniakowej w ustroju kobiety; takie postępowanie mogłoby być chyba tylko usprawiedliwione znacznem wyniszczeniem chorej, niedozwalającem na dokonanie większego zabiegu.

Naszkicowane powyżej zdania opiera autor na 21 przypadkach włókniaków macicy ciężarnej, operowanych doszczętnie i 11 operowanych zachowawczo, a staranne historye tych wszystkich przypadków dołącza w rozdziale szóstym swej pracy. Rozprawę swą zamyka rozdziałem, zawierającym tabele, szeregujące 283 przypadków włókniaków macicy, operowanych przez autora i jego brata w ostatniem pięcioleciu.

Rozumowania autora są bardzo trafne, przedstawione jasno, a w całym ciągu pracy przebija jednolitość myśli, opartej na dużem doświadczeniu. Zalety te stworzyły z pracy bardzo przyjemną i wielce pożyteczną lekturę.

Nie na tem jednak kończą się zalety wymienionej rozprawy. Do rozprawy dołączył Landau wspaniały atlas XVII rycin przypadków macic ciężarnych włókniakowych, wyłuszczonych doszczętnie. Są to obrazy tak świetne, że stanowią one bardzo cenny środek pomocniczy naukowy dla każdego z wykładających ten dział chorób kobiecych i z tego powodu powinny się znaleść w arsenale środków pomocniczych nauczania w każdej klinice. Dobrowolski.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Roger i Garnier. **O jadach zawartych w jelitach.** (Revue de médecine 1910, Nr 4). Autorowie w całym szeregu prac i doświadczeń starali się określić charakter i źródło jadów, które zawiera przewód pokarmowy. Treść żołądka jest, zdaniem ich, mało trującą. W miarę przechodzenia do jelit cienkich miazga pokarmowa nabywa własności trujących, a wyciągi tej miazgi, wstrzykiwane do żył, mają własność wywoływania skrzepów we krwi. Dyeta mleczna obniża wybitnie własność wywoływania skrzepów i własności trujące treści jelitowej. O ile trujące działanie treści jelit cienkich, a zwłaszcza dwunastnicy jest dość stałe, to w jelitach grubych jadowitość miazgi pokarmowej jest niestała. Zależy to od rozmaitych gatunków drobnoustrojów, których działanie wchodzi tu w rachubę. Z pośród drobnoustrojów, przebywających prawidłowo w jelicie grubem, »bacillus perfringens« w znacznym stopniu potęguje jadowitość treści jelitowej. Na ogół sprawa gnicia wywołuje to zwiększenie się, to znów zmniejszenie jadowitości treści jelit grubych. Dr M. Blassberg.

1) Jarusow. **W sprawie normalnej krzywej w gorączce powrotnej. Seroterapia i leczenie atoksylem.** (Tow. lek. w Moskwie 25. IV. i 9. V. 1908). 2) Jarusow. **Wpływ atoksylu na przebieg gorączki powrotnej.** (Med. Obozr. 1909, Nr 13). 3) Jarusow. **Ponowne zakażenie (reinfekcya) i wpływ jego na przebieg gorączki powrotnej** (ibidem Nr 18). 4) Dawydow. **W sprawie reinfekcyi w gorączce powrotnej.** (ibidem 1910, Nr 5). 5) Natanson. **Badania oftalmologiczne w czasie epidemii gorączki powrotnej.** (ibidem Nr 4).

Jarusow zebrał i opracował materyał szpitala Zauzskiego w Moskwie za lata 1894—1897 (2043 chorych). Na podstawie tego materyału dochodzi J. do następujących wyników. Jeżeli gorączka powrotna pojawia się w jakiejkolwiek miejscowości po raz pierwszy, to mniej więcej w 70% wszystkich przypadków krzywa ciepłoty występuje

w 2—3 falach (napadach). Jeżeli epidemia w danej miejscowości często się powtarza, to ilość przypadków o jednym napadzie zwiększa się, a ilość przypadków o 3 napadach znacznie się zmniejsza. Zależy to najwidoczniej od zwiększenia się liczby osób uodpornionych przez przebycie choroby w czasie poprzednich epidemii. Częstość epidemii nie wpływa na długość rozmaitych okresów choroby, ale tylko na ilość nawrotów. W przebiegu choroby każdy następny napad jest krótszy, okres bezgorączkowy dłuższy. Ilość nawrotów nie zależy od płci, natomiast znajduje się w związku z wiekiem, zmniejszając się w miarę, im wiek chorych starszy. J. nie zauważył dodatniego wpływu surowicy swoistej (Gabryczewskiego) na przebieg choroby. Stosowanie atoksylu opiera się na przypuszczeniu, że lek ten, krążąc we krwi, działa zabójczo na bakterye, zmieniając chemiczny skład krwi, czy też wywołując morfologiczne zmiany w samych pasorzytach. Atoksyl jest silną trucizną i wywierać może działanie zbiorowe (kumulatywne), należy więc stosować go bardzo ostrożnie. Dawka nie powinna przewyższać 0,50—20% rozczynu.

W czasie epidemii w Moskwie w r. 1908 oddzielił J. 2 grupy chorych, z których jedną (75 chorych) poddał leczeniu atoksylem, a druga (77 chorych) służyła do porównania. Obie grupy pozostawały pod wszystkimi innymi względami w zupełnie jednakowych warunkach. Porównując oba szeregi przypadków stwierdził J., że w przypadkach leczonych atoksylem, odsetka jednonapadowych przypadków zwiększyła się, a trójnapadowych zmniejszyła się. Drugi i trzeci napad były krótsze w grupie atoksylowej. Rzadziej w niej także można było wykryć krętki. Nakoniec i cała choroba w tej grupie trwała krócej, a odsetek śmiertelności równał się 0, gdy w szeregu porównawczym wynosił 7,3%.

Natanson jest stanowczym przeciwnikiem stosowania atoksylu. Zdaniem jego atoksyl nie jest środkiem swoistym i nie zapobiega schorzeniom oka, a nawet przeciwnie wywołuje osłabienie, ewentualnie zupełną utratę wzroku. W ciągu roku spostrzegał N. 40 przypadków chorób oczu, zależnych od gorączki powrotnej. N. odniósł wrażenie, że schorzenia oka, powstałe u szczytu choroby mają przebieg lżejszy. Schorzenia te przebiegają jako zapalenia tęczówki, ciałka rzęskowego i zmętnienie ciałka szklistego. Zapalenia naczyniówki we właściwem znaczeniu tego wyrazu, zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego N. nigdy nie spostrzegał. Rokowanie niezłe. Wszystkie spostrzegane przez N. przypadki skończyły się wyzdrowieniem.

W badaniach swych nad patologią gorączki powrotnej zatrzymuje się Jarusow dłużej nad sprawą zakażenia powtórnego (reinfekcyi). Z badań tych wynika, że w czasie epidemii w Moskwie w r. 1907/8 odsetka zakażeń powtórnych wynosiła 35,7% wszystkich przypadków. Choroba w tym razie miała tylko jedno nasilenie; nasilenie to było krótkie, okres bezgorączkowy długi. Cała zaś choroba trwała niemal 2 razy krócej. Czas, po którym może nastąpić zakażenie powtórne, waha się między 37 dniami a 30 latami. Średnio czas ten u osób do 40 roku życia wynosił 3,1 lat, a po 40 roku — 7,05 lat. Ażeby zapobiedz możebności nawrotu choroby, nie powinno się chorych zatrzymywać na oddziale dłużej, niż 14—15 dni po pierwszym napadzie, a 17 dni po następnych napadach.

Dawydów dochodzi do takich samych mniej więcej wniosków, co i Jarusów; jednakowoż odsetka zakażeń powtórnych według jego danych jest mniejsza, bo wynosi 8,8%. D. podkreśla, że gorączka powrotna nie wywołuje właściwego uodpornienia nawet na krótki przeciąg czasu, daje je tylko w stopniu osłabionym. W niektórych przypadkach po ostatniem nasileniu, względnie po okresie bezgorączkowym daje się zauważyć lekkie podniesienie ciepłoty, którego nie można niczem objaśnić. Prawdopodobnie należy je uważać za lekkie »sui generis« nasilenie. Objaw ten jest znamienny dla przypadków zakażenia powtórnego. D. uważa za konieczne zbadanie, jak długo po gorączce powrotnej jest człowiek roznosicielem bakteryi i jak należy zapatrywać się na zakażenie powtórne, jeżeli ono następuje w krótkim przeciągu czasu po przebyciu choroby, czy jako na nasilenie choroby, czy jako na zakażenie powtórne. Pytania te, zdaniem D., można będzie rozstrzygnąć tylko zapomocą doświadczeń na małpach, jako zwierzętach najbardziej zbliżonych do człowieka. Dr L. Mańkowski.

Dieulafoy. **Zapalenie opłucnej ze zgrubieniem i nawracającym wysiękiem.** (Presse médic. 1910. Nr 46). Autor spostrzegał 3 chorych na przewlekłe zapalenie opłucnej z nawracającym wysiękiem, bez gorączki, bez zaburzeń ogólnych itd., i to przez cały szereg lat. Chorzy ci sprawiają obecnie wrażenie wyleczonych, mimo że nie poddawali się żadnemu innemu leczeniu poza nakłuwaniem klatki piersiowej, powtarzanem, coprawda, bardzo wiele razy. Pierwszy chory jest to krzepki mężczyzna, u którego w ciągu 10 lat wykonano nakłucie 103 razy i któremu wypuszczono w ten sposób 231 litrów płynu. Płyn ten z początku lekko różowy zmienił się później w ropny i cuchnący. Hodowle wykazały obecność paciorkowców i bakteryi Friedländera. Zaszczepienia zwierząt dały wynik ujemny. Drugi chory, liczący lat 50, przychodzi stale przez lat 21 na oddział autora w Hôtel-Dieu dla nakłuwania klatki piersiowej i to raz lub kilka razy w roku. Dobywany płyn nigdy nie miał cech ropy i zawsze był jałowy. U obydwu tych chorych odnoszono w czasie nakłuwania klatki piersiowej wrażenie, że opłucna ma grubości 1—2 ctm. To zgrubienie opłucnej było jeszcze większe u trzeciego chorego, gdyż zaraz od pierwszego nakłucia musiano zawsze wbijać w klatkę piersiową dwie trzecie igły, nim zaczął wypływać płyn. U tego chorego wykonano 21 nakłuć w ciągu sześciu lat i dobyto razem płynu ropiastego 17 litrów. Mimo zadowalniających wyników, uzyskanych w tych 3 przypadkach przez nakłucia, powtarzane w miarę potrzeby, nie zaleca D. tego rodzaju leczenia jako stałego sposobu, sądzi zaś, że uleczenie dałoby się szybciej uzyskać zapomocą zabiegu, polecanego dawniej przez Delorma, t. j. zapomocą dekortykacyi płuc. Przed przystąpieniem do tego zabiegu powinno się jednakowoż wprzód zbadać stan płuc, a mianowicie, czy się jeszcze mogą rozszerzyć i w jakim stopniu. W tym względzie usługi może oddać radyoskopia i radyografia. Stahr.

Holmgren. **O wzroście na długość przy nadmiernej czynności gruczołu tarczowego (hypertyreozya).** (Med. Klinik. 1910. Nr 27). Niewątpliwie istnieje związek pomiędzy wzrostem ciała, a czynnością gruczołu tarczowego. H. zauważył, że bardzo często młode osoby, cierpiące na chorobę Basedowa (którą H. uważa za wynik wzmożonej czynności tarczycy), odznaczają się bardzo wysokim wzrostem. Podobnież przy badaniu dużego materyału chorych na wole wykazał autor, że tam, gdzie chodziło o wzmożoną czynność gruczołu (wole miąższowe) u młodych osób, prawie w 85% wzrost był znacznie wyższy niż zazwyczaj, natomiast u osób dotkniętych zanikiem gruczołu zwykle wzrost jest nizki, nieraz karli. Potwierdzają to również wzmianki w literaturze o chorobie Basedowa u osób młodych (z 37 przypadków u 25 podano wzrost jako wysoki). Ze statystyki włoskiego antropologa Liviego wynika, że właśnie w prowincyach, nawiedzonych wolem, spotyka się największe różnice we wzroście, t. j. wzrost bardzo nizki lub bardzo wysoki. Wiadomo, że wskutek chorób zakaźnych powstają często ostre zmiany w gruczole tarczowym, a nieraz i choroba Basedowa. W związku z tem zapewne jest nagłe nieraz zjawiające się szybkie rośnięcie podczas zdrowienia po chorobach zakaźnych. Podczas pokwitania spotykamy objawy wzmożonej czynności tarczycy, a powiększenie przejściowe gruczołu. U dziewcząt, które wczas (przed 14 rokiem życia) dostają regularności, w 61·5% spotyka się powiększony gruczoł tarczowy. K.

Dermatologia i syfilidologia.

Wechselmann. **Spostrzeżenia w 503 przypadkach, leczonych dioksydiamidoarsenobenzolem.** (Deutsche med. Wochenschr. 1910 Nr. 32). Z ogłoszonych dotychczas badań nad nowym przetworem Ehrlicha, opiera się praca W. na najliczniejszym[1]) materyale i dlatego zasługuje ona na uwagę, chociaż W. jest wobec przetworu »606« wielkim entuzyastą i spostrzegane przez siebie (w rzadkich zresztą przypadkach) niemiłe skutki uboczne traktuje dość lekko. Wyniki swoje streszcza W. w zdaniu, że przetwór Ehrlicha okazał się w najróżniejszych postaciach kiły prawie bez wyjątku skutecznym, że użycie jego w cierpieniach parasyfilitycznych jest usprawiedliwione, że wreszcie poważniejszych powikłań i szkodliwych skutków nie spostrzegał. Większość chorych doznaje wkrótce po wstrzyknięciu szczególnego uczucia krzepkości i zdrowia, co W. uważa za skutek zadziałania arsenu. U wielu chorych znikają wnet bole, nawet dokuczliwe nocne bole kostne. Ze zmian przedmiotowych najwidoczniejsze jest działanie na kłykciny w jamie ustnej, które znikają w ciągu doby lub dwu nawet u chorych, namiętnie palących. Szankry goją się do kilku dni. Najoporniejsze są twarde guzki kiłowe w skórze, przeciwnie zaś złośliwe, wrzodziejące formy kiły leczą się łatwo, co wyjaśnia się różnicą zmian anatomicznych. W 6 przypadkach zrazu leczenie nie odniosło skutku, w 3 z nich jednak drugie wstrzyknięcie zadziałało pomyślnie. Nawrotów rozleglejszych W. nie spostrzegał, raz tylko zdarzył się nawrót kłykcin, który po ponownem wstrzyknięciu — ustąpił. Występowanie dodatniego odczynu Wassermanna w niektórych przypadkach, w których przed wstrzyknięciem odczyn był ujemny, tłómaczy W. wpływem produktów rozpadu krętków, zabitych przez dioksydiamidoarsenobenzol. To ujawnianie się »utajonego« odczynu Wassermanna pod wpływem »606« uważa W. za dalszy dowód swoistości tego odczynu. Bardzo pomyślne wyniki uzyskał W. przetworem Ehrlicha także w przypadkach kiły trzew (wrzody odbytnicy, nacieki krtani, kiła mózgu). W wiądzie rdzenia i porażeniu postępującem występują często polepszenia, zwłaszcza co do objawów podmiotowych (bolów); być może, że część tych polepszeń jest skutkiem autosugestyi, część zaś chwilowym skutkiem skrzepiającego i podniecającego działania arsenu.

Co do działania ubocznego, to wprawdzie nie zdarzył się Wechselmannowi żaden przypadek nieszczęśliwy, ani nie sprawdziły się obawy w przypadkach ryzykownych (nie zdarzyły się oślepnięcia nawet w przypadkach ze zmianami w nerwie wzrokowym); jednakże sam W. nie przeczy, że działanie uboczne zdarza się, a dokładniejsze przejrzenie przytoczonych przez niego w tym względzie spostrzeżeń poucza, że w ogólnych swych wnioskach jest W. może zbyt wielkim optymistą. I tak w 3 przypadkach po wstrzyknięciu w pośladki powstało przejściowe porażenie nerwu strzałkowego; u wielu chorych powstaje po wstrzyknięciu zaparcie stolca (u jednego trwało 3 dni), które W. zwalcza wlewaniami, a nie środkami przeczyszczającymi; 3 razy powstała po wstrzyknięciu ogólna odrowata osutka z gorączką, przypisywana zresztą przez W. zakażeniu przy wstrzyknięciu; u dwu chorych przybrało po wstrzyknięciu zapalenie gardła przebieg groźny, z bardzo wysoką gorączką i obrazem ciężkiego schorzenia. Zmian w układzie nerwowym po wstrzyknięciach »606« W. nie spostrzegał; w szczególności nie zauważył u żadnego z 90 w tym kierunku badanych chorych zniknięcia odruchów kolanowych, jakie opisywali Bohac i Sobotka. U pięciu ciężarnych (przy końcu ciąży) nie wywołało 0,45 przetworu Ehrlicha żadnego szkodliwego wpływu na płód. C.

---

1) Ehrlich sam podaje, że przetworem jego leczono dotąd około 4000 przypadków, ale materyał ten rozproszony jest przeważnie na drobne grupy.

J. Pick i F. Bendler. **Rzut oka na los ludzi, dotkniętych kiłą.** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1910, T. 101). Statystyka autorów, obejmująca 2066 chorych kiłowych, u których śledzono przebieg choroby szeregi lat, wykazuje, iż mężczyzni zakażają się kiłą najczęściej między 22—27 r. życia, kobiety wcześniej, bo między 18—25. Ogółem następuje zejście śmiertelne w 8% przypadków, jeżeli wliczy się 3·1% ludzi zmarłych z powodu gruźlicy płuc (autorowie doliczają te przypadki, wychodząc z założenia, że kiła przyczynia się znacznie do rozwoju gruźlicy). Z tego 1·3% zmarło na porażenie postępowe, (choroba zaczynała się w przeszło połowie przypadków między 6—14. rokiem od czasu zakażenia); wiąd rdzenia wystąpił u 1·1% (najczęściej między 4 – 10. rokiem po zakażeniu); z powodu zmian w układzie krwionośnym, miażdżycy tętnic, zwyrodnienia mięśnia sercowego zmarło 1·5%, a 0·6% z powodu zmian wątroby i nerek; wreszcie wliczają autorowie i samobójców, których było 0·3%. Dr H. L. Weber.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Predoperacyjne odkażanie skóry naftą i benzyną stosuje z dobrym skutkiem od lat trzech C. Zatti (z Todi) w następujący sposób: Skórę ogoloną wyciera wielkim tamponem waty, napojonym naftą, przez 1—1½ minuty, a następnie tamponem napojonym benzyną również przez 1½ minuty. Skóra zupełnie się oczyszcza, a że zostaje na niej nieco tłuszczu, żadne płyny, ani krew w czasie operacyi do niej nie przywierają. Całe odkażenie trwa 2 minuty. Zatti odkażał w ten sposób skórę dla zabiegów na kończynach, na piersi, brzuchu itd., zawsze z dobrym wynikiem co do aseptyki i dlatego ten sposób poleca. (Gaz. d. Ospedali Nr 47, p. 497, 1910). Stahr.

Zatrucie formolem. Mężczyzna 24-letni wypił przez pomyłkę pół wielkiej szklanki (40%) formolu. Natychmiast dostał drgawek i kiedy go widział Hoyt w kilka minut później, chory był mocno odurzony. Wstrzyknięcie apomorfiny i równoczesne wypicie sporej ilości wody wywołało obfite wymioty i uratowało chorego. W następstwie rozwinęło się ostre zapalenie błony śluzowej ust, gardła, przełyku i żołądka, lecz przypadek skończył się wyleczeniem. (Jour. of the Amer. med. Assoc. 9. IV. 1910). Stahr.

Leczyć pląsawicę śródżylnemi wstrzykiwaniami sublimatu radzi Prof. Riva z Parmy. Autor wstrzykuje wielkie dawki, bo naraz 3—10 miligramów, co mają dzieci znosić bardzo dobrze. Należy przypomnieć, że już w roku 1904 radził Mauro w pląsawicy podskórne wstrzykiwanie kwasu karbolowego. Stahr.

Winian potasowy kwaśny przeciw wąglikowi zaleca A. Miranda. Niedawno leczył on chorego na cukrzycę, liczącego 50 lat i mającego olbrzymi czyrak na karku wśród objawów ciężkiego zakażenia ogólnego. Mocz zawierał białko i 6% cukru. Po nacięciu czyraka na krzyż i odchyleniu płatów wytamponował M. ranę gazą wygotowaną i impregnowaną winianem potasowym sproszkowanym. Gorączka odrazu spadła i stan ogólny się poprawił. Opatrunek zmieniano codziennie, zakładając codzień świeżą gazę z winianem potasu; rana po dniach 12 pokryła się żywą, silną ziarniną. Stahr.

Ciekawy przypadek zatrucia sublimatem. Przypuszczając u siebie ciążę, wprowadziła sobie do pochwy pewna kobieta dwie pastylki sublimatowe po ½ grama. Kiedy ją Lankford widział w 2 godziny później, skarżyła się chora na silne bole w podbrzuszu, a srom i pochwa były silnie obrzękłe i twarde. Natychmiast zastosowano przepłukanie wodą mydlaną z dodatkiem sody, poczem wprowadzono do pochwy białka z 6 jaj. W następnych dniach wystąpiły

objawy silnego zatrucia rtęcią: obrzęk twarzy, szyi i piersi, zgorzel w ustach, wypadanie zębów i silna biegunka krwawa. Objawy te zwolna ustępowały, gdy nagle, w 10. dniu, zjawił się gwałtowny bezmocz i chora nazajutrz zmarła. (Jour. of. the Amer. med. Assoc. 6. IV. 1910). Stahr.

Przeciw złośliwej postępującej niedokrwistości radzi O. Huber wstrzykiwać śródmięśniowo w pośladki ludzką krew odwłóknioną co 5—7 dni w dawkach od 10—40 cm³ Wyniki mają być nadzwyczaj dobre. (Porów. Sémaine méd Nr 25, str. 295, 1910). Stahr.

Na możliwość roznoszenia duru brzusznego przez psy zwrócili uwagę Courmont i Rochaux (Akad. lek. parys. 28. czerwca 1910). Podając psom do zjadania kał durowych, tworzy się z nich prawdziwych »roznosicieli duru«. Fakt to bardzo ważny z punktu widzenia higieny publicznej. Stahr.

Czopki odżywcze w miejsce lewatyw odżywczych poleca w ostatnich czasach Boas. Czopki te mają około 6 cm długości, około 1·15 cm grubości w nasadzie, a ważą 11 gramów. Zawierają zaś: wody 20·51%, soli nieorg. i popiołu 2·49, tłuszczu 20·09, węglowodanów 33·55, i białka 23·36. Jeden czopek odpowiada około 46 kaloryom, a więc przy 5 czopkach dziennie, dostaje chory prawie 230 kaloryi. Obok tego należy wprowadzać do jelit wodę i to rano przed pierwszym czopkiem i wieczór po ostatnim, każdym razem po ½ litra rozczynu fizyologicznego soli. Gdyby tą drogą woda wprowadzić się nie dała, to można wprowadzać ją w postaci fizyologicznego rozczynu podskórnie. Stahr.

Wstrzykiwania wody utlenionej do jamy otrzewnej lub opłucnej przy zapaleniu gruźliczem tych jam radzą Doc. Cionini i Marcantoni z Pizy. Dotąd leczyli 29 przypadków gruźliczego zapalenia otrzewnej i 6 zap. opłucnej, zawsze ze znakomitym skutkiem, bez względu na czas trwania choroby i to nawet tam, gdzie nie pomagały ani leki, ani zabiegi operacyjne. Zapalenia otrzewnej ustępowały po 8—40 dniach. Należy używać wody utlenionej, konserwowanej zapomocą kwasu fosforowego lub siarczanego, a nigdy azotowego lub solnego (ciężkie zaburzenia). Dokonawszy nakłucia, wstrzykuje się przyrządem Potaina do otrzewnej 1½ litra fizyol. rozczynu soli, ogrzanego do 40°, do czego dolewa się w chwili wstrzykiwania 75 cm³ H_2O_2 (5%); czasem wstrzykują autorowie i 2 litry płynu, a w 2 przypadkach i 1 litr. Dzieciom nie należy nigdy wstrzykiwać więcej niż 400 cm³, zawsze z dodatkiem 5% H_2O_2. W zapaleniu opłucnej nie wstrzykiwali autorowie nigdy więcej, niż 1 litr. Po wstrzyknięciu powinien chory zmieniać ułożenie, by płyn zetknął się ze wszystkiemi częściami opłucnej względnie otrzewnej, a po 6—8 minutach płyn się wypuszcza. Chory zachowuje potem bezwzględny spokój, nic nie je, ani nie pije przez 12 godzin, a potem żywi się go jakiś czas tylko płynami. W kilka godzin po wstrzyknięciu podnosi się zwykle ciepłota znacznie, ale potem zwolna spada. Tętno się czasem przyspiesza (160), chory bardzo blednie, ale trwa to tylko kilka godzin i ustępuje bez śladu. Bole brzucha trwają kilka godzin. Stahr.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 4. lipca 1910.

1) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę pp. J. Buraczewskiego i M. Dziurzyńskiego: **O działaniu acetonu na dwujodostrychninę i bromowane produkty strychniny i innych alkaloidów.** Autorowie doszli do następujących wyników. Przy ogrzewaniu dwujodostrychniny z acetonem powstają: jednojodoaceton, jodowodorek strychniny, perjodek strychniny i dwa inne ciała bezbarwne, zawierające jod, nie posiadające ani trujących, ani też innych własności strychniny lub jej soli. Przy działaniu acetonu na dwu- i czterobromostrychninę powstają bezbarwne, krystaliczne ciała i obok nich zawsze jednobromoaceton. Z faktu powstawania w pierwszym przypadku jednojodoacetonu, a w drugim jednobromoacetonu wnoszą autorowie, iż dwa atomy jodu w dwujodostrychninie, jak również dwa atomy bromu w wspomnianych bromowanych produktach są związane z cząsteczką tych alkaloidów w sposób analogiczny.

2) Czł. Marchlewski przedstawia pracę pp. J. Buraczewskiego i Z. Zbijewskiego: **O bromowych i jodowych pochodnych alkaloidów kurary.** Autorowie według metody Boehma wyosobnili z surowej kurary, będącej w handlu pod nazwą tubokurary, dwa alkaloidy, mianowicie: t. zw. kurynę i tubokurarynę. Kuryna rozpuszczona w eterze i poddana działaniu bromu daje żółty osad zawierający 33·26% Br, co odpowiada w przybliżeniu 2 atomom bromu w cząsteczce kuryny. Taki sam rozczyn kuryny nie daje z jodem osadu. Kuryna zaś rozpuszczona w alkoholu daje z bromem żółty osad, a z jodem czerwono-brunatny o zawartości 49·65% jodu. Osad ten jest łatwo rozpuszczalny w alkaliach i amoniaku, a z rozczynu tego można wytrącić kwasami mineralnymi ciało zawierające jod, które w stanie suchym jest barwy prawie czarnej. W zachowaniu się kuryny względem bromu zachodzi podobieństwo do strychniny, niema zaś tego podobieństwa w zachowaniu się względem jodu. Tubokuraryna daje z jodem również brunatno-czerwone ciało rozpuszczalne w alkaliach: można z tego rozczynu wytrącić zapomocą kwasów mineralnych ciało zawierające jod. Autorowie sądzą, że zachowanie się jodu względem tych obu alkaloidów może być wyzyskane w celu stwierdzenia obecności surowej tubokurary, z którą w przypadkach sądowych częściej można się spotkać, niż z czystymi alkaloidami tego rodzaju.

3) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę pp. Buraczewskiego i Z. Zbijewskiego: **O działaniu chloru na strychninę, brucynę, cynchoninę, chininę i niektóre inne alkaloidy.** Autorowie poddali działaniu suchego chloru suche zasady strychniny, brucyny, chininy, chinidyny, cynchoniny, cynchonidyny, tebainy i morfiny. Z otrzymanych chlorowanych produktów, strychninowy zawiera 5 atomów chloru na cząsteczkę strychniny, brucynowy zależnie od warunków, nie mniej jednak niż 2 atomy, chininowy 6, chinidynowy również 6, cynchoninowy i cynchonidynowy po 4, tebainowy 4, morfinowy 1. Niektóre produkty początkowo zawierają nawet więcej chloru, lecz tracą go, gdy są pozostawione sobie, wydzielając go w postaci HCl. Większość tych chlorowanych alkaloidów zawiera pewną część chloru związanego cząsteczką alkaloidu w sposób analogiczny, jak jodowane i bromowane ciała, otrzymane przez jednego z autorów z innymi współpracownikami. Chlorowane ciało brucyny daje przy ogrzewaniu z wodą albo z alkoholem ciało czerwono zabarwione. Chlorowane ciało chininy i chinidyny rozpuszczone w alkoholu daje szczególnie dobrą reakcyę thalleochinininową i thallechinidynową. Autorowie przytaczają niektóre specyficzne własności thalleochininy i thalleochinidyny.

4) Czł. N. Cybulski: **O powierzchniowych i czynnościowych prądach mięśni.** Autor udowadnia, że od powierzchni mięśnia zgoła nieuszkodzonego można otrzymać prądy, które świadczą o tem, że już w układzie swych cząstek, jak to twierdził Du Bois Reymond, mięśnie posiadają cechy ogniwa, w którem biegunem dodatnim jest okolica górnego, biegunem zaś ujemnym okolica dolnego ścięgna.

Autor przytacza także doświadczenia, z których wynika, że, gdyby zgodnie z teoryą Hermanna, powierzchnia elektromotoryczna w mięśniach uszkodzonych była zlokalizowana na powierzchni przekroju poprzecznego, prąd spo-

czynkowy musiałby mieć kierunek przeciwny. Badając prądy czynnościowe zapomocą galwanometru Einthovena, autor stwierdza, że prądy fazowe również nie odpowiadają teoryi Hermanna. Maximum natężenia prądów podczas pierwszej fazy przypada ściśle na okres, w którym mięsień w całej swej długości zostaje podniecony, trwa krótko i z końcem zwykłego okresu utajonego podrażnienia mięśnia zaczyna zanikać; faza zaś druga (prądu abterminalnego) albo wcale nie występuje, albo występuje znacznie później, tak że nie może mieć związku z przejściem stanu czynnego przez miejsce, w którem znajduje się druga elektroda. Przebieg prądu podczas stanu czynnego ma zawsze ten sam charakter niezależnie od miejsca, skąd go odprowadzamy, nawet gdy odprowadzamy go do obu ścięgien. Nadto autor przytacza doświadczenia, z których wynika, że zasadnicze twierdzenie Hermanna, iż miejsca czynne w mięśniu są elektroujemne, jest nieprawdziwe, gdy bowiem odprowadzamy prąd od dwóch symetrycznych mięśni, wówczas mięsień drażniony jest dodatni i wskazuje istnienie w nim prądu adterminalnego t. j. fazy pierwszej.

Ostateczne wnioski autora są następujące: 1) Powierzchnia mięśnia nie jest izopotencyalna, lecz przeciwnie przedstawia pewne różnice i przy połączeniu z galwanometrem daje prąd zawsze wstępujący. 2) Źródłem tego prądu nie jest elektromotoryczna powierzchnia miejsc uszkodzonych, lecz według wszelkiego prawdopodobieństwa, z jednej strony, charakterystyczna budowa włókna mięsnego, skład każdego włókienka z osobnych komór, z drugiej strony osmotyczne prądy na granicy mięśnia z otoczeniem. 3) Mięsień, pozostający w spoczynku, jest bateryą, w której biegun dodatni znajduje się na końcu dośrodkowym, ujemny zaś na końcu obwodowym. 4) Źródłem siły elektromotorycznej są jednakże głównie procesy anaboliczne, które w żywym mięśniu wciąż się odbywają. 5) Z chwilą, gdy te procesy ustają, znikają także prądy otrzymane z mięśnia (śmierć). 6) Połączenie poprzecznego przekroju z powierzchnią podłużną wykazuje prądy, które zależą od siły elektromotorycznej z obu źródeł już preegzystujących w mięśniu, lecz bynajmniej nie wskutek uszkodzenia. 7) Prądy czynnościowe są zależne od zmian chemicznych w mięśniu. 8) Podrażnienie, wywołując rozkład chemiczny, powoduje w każdej odrębnej cząsteczce włókienka mięsnego powstanie elektrolitów, których iony dodatnie posiadają szybkość większą, niż iony ujemne; skutkiem tego dyfundując w kierunku cząstek nieczynnych, wytwarzają z każdej cząstki ogniwo, które daje prąd w kierunku ruchu stanu czynnego. Ten prąd, dochodzący do największego natężenia w chwili, gdy cały mięsień staje się podniecony, odpowiada pierwszej fazie Hermanna i jest stale adterminalny; prąd ten może być otrzymany zapomocą elektrod, przyłożonych bądź pośrednio do mięśnia, bądź do obu ścięgien, co usuwa potrzebę przypuszczania elektroujemności cząstek czynnych. 9) Zjawienie się prądu prawie bezpośrednio po zadrażnieniu elektrycznem o bardzo krótkim okresie utajonym można tłómaczyć jako następstwo zmian chemicznych, pewnego rozkładu protoplasmy, które powstają wskutek podrażnienia w mięsnych elementach. 10) Zmiany te, powodując powstanie nowych związków, stają się przyczyną ich dyfuzyi w pewnych kierunkach, przy których iony dodatnie, jako ruchliwsze, jak zauważono wyżej, wysuwają się naprzód i sprawiają, że każda taka czynna cząsteczka staje się niejako stosem, w którym sama odgrywa rolę bieguna ujemnego, a sąsiednie cząstki dodatniego. Katabolizm więc w niej zachodzący wywołuje obniżenie jej potencyału elektrycznego. 11) Po tym okresie, który trwa zwykle od 3 do 5 tysięcznych sekundy, rozpoczyna się proces przeciwny, pomimo że niezależnie od tego odbywa się mechaniczna zmiana w mięśniu; proces ten dochodzi do szczytu w chwili, gdy rozpoczyna się rozkurcz mięśnia; to stanowi drugą fazę abterminalną, przy której wskutek nowego układu ionów, być może wskutek wytwarzania się nowych związków i innej ruchliwości ionów, te same cząsteczki stają się biegunem dodatnim, które poprzednio były ujemne, a więc okazują wzrost potencyału. Ponieważ ten akt powrotny musi być połączony z anabolizmem, można więc powiedzieć, podobnie jak w stanie normalnym, że anabolizm wywołuje wzrost potencyału. 12) Prądy elektryczne w mięśniu pozostają w ścisłym związku ze sprawą przemiany materyi, a więc ze sprawą życia. (Dok. nast.).

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kielcach.

Posiedzenie d. 19. marca 1910.

Przewodniczy kol. Czaplicki. Obecnych członków 9.

1) Kol. Kopczyński przedstawia chorą mającą lat 40, cierpiącą od lat 3. Chora ta przybyła do szpitala z przepukliną brzuszną kolosalnych rozmiarów; wykonano przekłucie próbne, jak się okazało, po raz 7. w czasie jej choroby; po wypuszczeniu płynu okazał się w jamie brzusznej guz olbrzymich rozmiarów; jedni z kolegów byli zdania, iż guz ten jest **mięsakiem macicy**, inni zaś — że jest złośliwym nowotworem.

2) Kol. Lewinton przedstawia chorą, izraelitkę, cierpiącą na **histeryę** z nadzwyczaj rzadkim objawem — **krwawieniem z ucha i z oczów.** — Kol. Kosieradzki zaznacza, iż w piśmiennictwie polskiem niema opisanego ani jednego podobnego przypadku histeryi z tego rodzaju krwawieniami.

Posiedzenie d. 16. kwietnia 1910 r.

Przewodniczy kol. Czaplicki. Obecnych członków 10.

1) Kol. Czaplicki zawiadamia członków Tow., iż za pośrednictwem kol. Gadomskiego otrzymało Towarzystwo od spadkobierców ś. p. Dra Sztorca księgozbiór, składający się z dzieł przeważnie w języku niemieckim, oraz bateryę do prądów stałych. Postanowiono wyrazić spadkobiercom ofiarodawcy podziękowanie za złożony dar.

2) Kol. Kosieradzki odczytał referat: **Patologia źrenicy w cierpieniach narządów wewnętrznych i nerwowych.**

Posiedzenie d. 21 maja 1910 r.

Przewodniczy kol. Czaplicki. Obecnych członków 9.

1) Kol. Daszewski odczytuje drugą część referatu: **Patologia źrenicy w cierpieniach nerwowych i narządów wewnętrznych.**

2) Kol. Ryttel przedstawia ze swej praktyki prywatnej 4 przypadki **wydobycia ciała obcego z przełyku u dzieci**; a) u dziecka 7-miesięcznego tkwiło w górnej części przełyku kółko grube żelazne z nierównymi brzegami, które po wydobyciu okazało się częścią górną klucza; b) u jednorocznego dziecka tkwiło w przełyku od dwóch tygodni druciane kółko, w rodzaju pierścionka; c) u 10-letniego chłopczyka — okrągła blaszka z ostrymi brzegami, wielkości rubla srebrnego; d) u 4-letniego dziecka — okrągłe szkiełko, oprawne w złoto; ponieważ znajdowało się głęboko w przełyku, przepchane zostało ku dołowi do żołądka, skąd drogą naturalną odeszło.

Sekretarz: Antoni Kopczyński.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie, rozwiązane przez władze rosyjskie, znajdowało się właśnie w okresie pomyślnego rozwoju. Poświęcone wyłącznie sprawom zawodowym i sprawie medycyny i higieny społecznej, skupiło Towarzystwo w ciągu niewielu lat swego istnienia około 500 lekarzy warszawskich w solidarne grono, wytrwale a skutecznie dążące

do utrzymania wysokiego poziomu etycznego i pracujące na polu społecznem. Utworzyło ono sąd koleżeński, który rozstrzygnął wiele zagadnień zasadniczych i zapobiegł wielu waśniom, wydział szpitalny, który przygotował plan ulepszeń w szpitalnictwie dla przyszłego samorządu, wydział dla spraw bytu, stojący na straży interesów zawodowych, biuro pośredniczące w sprawach o honorarya, kasę chorych lekarzy, wydział higieny szkolnej i rozpoczęło przygotowania do całego jeszcze szeregu prac doniosłego znaczenia społecznego. Z działalności Stowarzyszenia zdawaliśmy w »Przeglądzie« stale sprawę, zawdzięczając wiadomości kilku członkom Stowarzyszenia, którzy chętnie podjęli się informowania szerszych kół lekarzy polskich o pracach Towarzystwa i gorliwie wypełniali to zadanie.

Jak się dowiadujemy, przy rozwiązaniu Towarzystwa oświadczył komisarz policyi, że rozwiązanie następuje dlatego, ponieważ w Stowarzyszeniu odbywano sądy, nakładano kary pieniężne i zajmowano się sprawami szpitali, co wkracza w dziedzinę administracyi publicznej (!?).

Na zebraniu likwidacyjnem w d. 5. VIII. uchwalono pokryć wszelkie zobowiązania Towarzystwa, majątek przekazać innym instytucyom wedle uznania komisyi likwidacyjnej, przewyżkę, jakaby się po likwidacyi okazała, obrócić na cele higieny i medycyny społecznej. R.

Komisya dla ubezpieczenia społecznego w Austryi przyjęła wniosek subkomitetu, żeby kasy chorych ponosiły koszta utrzymania ubezpieczonych w publicznych zakładach leczniczych (względnie dla obłąkanych), tylko przez 4 pierwsze tygodnie. X.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. VIII. do 13. VIII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 5 † —), krztuśca 3, płonicy 2, odry 5 † — (1 † —), duru brzusznego 5 † — (2 † —). Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Jubileuszowy Zjazd delegatów »Bratniej Pomocy« w Zakopanem odbył się 15. b. m. przy nader licznym udziale. Na Zjeździe przemawiali: Prof. Dr Baranowski, Dr Alfred Sokołowski, członek Wydziału krajowego Dr Bernadzikowski, Dr Dłuski i Dr Żychoń. W dniu jubileuszu otrzymała »Bratnia Pomoc« w darze na budowę nowego sanatoryum około 14.000 koron.

Mianowani: Dr Marfan profesorem terapii w Paryżu, Dr Lagrande profesorem okulistyki w Bordeaux.

Odznaczeni: Krzyżem kawalerskim orderu Franciszka Józefa: Prof. Dr Józef Wiczkowski we Lwowie, Dr Józef Batko, lekarz konsularny w Suezie; tytułem radcy cesarskiego: Dr St. Chróbski w Podhajcach, Dr A. Sawicki w Kańczudze; złotym krzyżem zasługi z koroną: Dr Chomin we Lwowie, Dr Niezabitowski w N. Targu, Dr Smorągiewicz w Podgórzu.

Zmarli: Okulista Prof. Dufour w Lozannie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

